



INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées

LE POINT DE VUE DES EXPERTS

AUTEURS

Léo-Roch Poirier

Sarah Descôteaux

Jean-Frédéric Levesque

André Tourigny

Institut national de santé publique du Québec

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Jean-Frédéric Levesque, Institut national de santé publique du Québec

André Tourigny, Institut national de santé publique du Québec

Réjean Hébert, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (jusqu'en juillet 2012)

Léo-Roch Poirier, Institut national de santé publique du Québec

Sarah Descôteaux, Institut national de santé publique du Québec

Danièle Francoeur, Institut national de santé publique du Québec

Christian Bockt, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Maude Chapados, Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2013

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-67749-9 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-67750-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

Introduction

Le vieillissement suscite au Québec comme ailleurs dans le monde des réflexions quant à ses impacts sur les systèmes de soins et services. Bien que les personnes âgées d'aujourd'hui soient généralement en meilleure santé qu'auparavant, il n'en demeure pas moins que la prévalence des maladies chroniques ira en grandissant, exerçant une pression accrue sur l'organisation des services. De surcroît, la présence de multiples maladies chroniques chez une même personne complexifie les plans de traitement et requiert la participation de plusieurs professionnels. Une discussion sur l'adaptation à apporter à l'offre de soins et services s'impose.

Depuis 2002, la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) en perte d'autonomie est une priorité ministérielle du Québec visant à apporter une réponse adéquate aux attentes et aux besoins des aînés. Le modèle retenu est une version adaptée du projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie; voir, entre autres, Hébert et collab., 2003) qui a été développé dans les régions des Bois-Francs et de l'Estrie au Québec.

RSIPA repose sur neuf composantes :

- l'élaboration de mécanismes locaux de coordination
- la mise sur pied d'un guichet unique d'accès
- un dossier clinique informatisé
- le développement de la fonction de gestion de cas
- l'utilisation de plan de service individualisé
- la présence d'une personne responsable
- l'accès à des soins gériatriques
- l'accès à un médecin de famille
- l'application d'un outil unique d'évaluation et de gestion.

Le programme *Des preuves à volonté* des IRSC

Ce document découle des travaux effectués dans le cadre d'une synthèse accélérée des connaissances qui a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dans le cadre du programme *Des preuves à volonté*. Celui-ci est conçu pour fournir aux ministères de la Santé des provinces et des territoires canadiens les données issues de la recherche en santé dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées et élaborer des politiques. Le volet *Synthèse accélérée des connaissances* de ce programme vise à accélérer la réalisation de toutes les étapes de la production d'une synthèse des connaissances — demande, évaluation, recherche et application des connaissances — afin de fournir aux décideurs des données accessibles et pertinentes en temps opportun, dans un délai de six à neuf mois.

Questions de recherche et méthodologie

Dans le cadre du concours 2011-2012, nous avons déposé une proposition portant sur la question suivante, soumise par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Comment optimiser la mise en œuvre des stratégies, les modes d'intervention et la prestation de services pour adapter l'organisation des services au plan local à la réalité du vieillissement de la population?

Dans notre proposition de recherche, qui a été retenue et a fait l'objet d'un financement, cette question a été reformulée de la façon suivante :

- 1) Quels sont les facteurs associés à l'intégration des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie?
- 2) Quelles conditions de mise en œuvre d'un modèle d'intégration reposant sur la coordination favorisent l'arrimage avec les autres réseaux de services?

Outre la consultation d'experts, la synthèse a reposé sur une revue de la littérature scientifique et grise, sur des études de cas décrivant l'expérience de mise en œuvre dans six territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et sur un forum délibératif lors duquel les résultats préliminaires ont été soumis à la discussion auprès d'une vingtaine de participants représentant différents types d'acteurs concernés par le sujet au Québec.

En tout, six experts ont participé à l'étude. Au cours d'un entretien téléphonique semi-dirigé d'une heure, ils ont partagé leurs expériences. La sélection des experts reposait sur différents critères : lieu de résidence/localisation des milieux d'expérimentation, détenir une fine connaissance des enjeux relatifs à la mise en place des réseaux intégrés pour les personnes âgées et, idéalement, avoir contribué à l'évaluation de certains projets de mise en œuvre de tels réseaux¹.

Présentation du document

Le présent document résume les principales observations que nous ont livrées ces experts² sur les conditions de mise en œuvre des RSIPA, constituant ainsi un des volets de la synthèse accélérée des connaissances que nous avons réalisée sur ce sujet. Nous avons regroupé les propos autour de six grands thèmes : d'abord, une appréciation générale du modèle (même si cet aspect débordait l'objet de la synthèse), les questions reliées à la gouvernance centrale du système (le niveau ministériel), celles portant sur l'appropriation au niveau local, les considérations particulières qu'appelle la fonction de gestionnaire de cas, les incitatifs à considérer et les éléments devant faire l'objet du suivi de la mise en œuvre.

Une appréciation du modèle RSIPA

Un modèle reconnu

Les experts s'entendent pour dire que le modèle RSIPA comprend la plupart des meilleures pratiques reconnues dans le domaine, autant au plan administratif (un énoncé de politique clair, une seule structure administrative hautement coordonnée en lien avec le financement) que clinique (un guichet unique, une évaluation standardisée de la clientèle, la gestion de cas). Avec l'ensemble de ses composantes, ce genre de modèle a été démontré comme présentant des avantages coût-efficacité par rapport aux réseaux de services non intégrés. Le but est de réorganiser l'ensemble de l'offre de services autour des besoins d'une population et non plus autour d'une mission. Il rend interdépendants les différents acteurs qui interviennent à un moment donné dans l'offre de soins et services et les amène à travailler de façon concertée.

Les modèles d'intégration

Selon Leutz (1999), on peut distinguer trois modèles d'intégration : la liaison, la coordination et l'intégration complète.

- **La liaison** est le niveau le plus faible d'intégration et elle se traduit essentiellement par l'articulation de protocoles entre les différentes organisations de santé et de services sociaux pour faciliter la référence et la transition des patients entre les services.
- Dans le cadre d'une **intégration complète**, une organisation est responsable de la prise en charge de l'ensemble du continuum de services requis par les patients. Les experts nous apprennent que, dans le cas d'une intégration complète, il n'y a eu aucun impact au niveau de l'ensemble du système de soins et services là où ils ont été mis en place (On Lok ou *PACE*³ aux États-Unis), malgré les succès observés auprès de la clientèle desservie. Ceci remettrait en cause leur utilité à long terme. Il est aussi plus difficile, dans de telles structures, d'exercer un contrôle sur l'ensemble des composantes du système ou d'avoir accès à l'ensemble des services que peuvent requérir les personnes en perte d'autonomie (le logement, par exemple).
- Le RSIPA correspond à un **modèle de coordination**. Il repose sur le partage des compétences et la concertation, c'est-à-dire la mise en place de mécanismes et d'outils, entre les différentes organisations de santé et de services sociaux impliquées auprès des personnes âgées afin de répondre aux besoins complexes des patients et d'assurer la continuité des services. C'est sur ce modèle qu'ont essentiellement porté les discussions.

¹ Voir l'encadré « Les experts » à la fin du document.

² Voir la grille d'entrevue à l'annexe 1.

³ *Program of All-inclusive Care for the Elderly* — voir le lexique à la fin du document.

Les défis de l'implantation

Selon les experts, la plupart des travaux d'évaluation sur l'intégration des services ont porté sur les résultats plutôt que sur les processus de mise en œuvre. Pourtant, comme ils nous le mentionnent, chaque modèle d'intégration pose des défis particuliers. Le processus d'implantation des modèles de coordination peut sembler *a priori* plus simple à mettre en place par le fait que, aux yeux de certains partenaires concernés, ils menacent moins leur autonomie et requiert moins d'ajustements structuraux que les systèmes complètement intégrés. Ceci serait particulièrement vrai dans un système où les organisations fonctionnent de manière relativement indépendante. Conséquemment, la mise en place de structures de coordination doit concilier de nombreux niveaux décisionnels, diverses instances de planification et de prestation de services. De multiples ententes doivent aussi être convenues entre les dispensateurs de soins et services et entre les organisations. Un des interlocuteurs considère qu'il est plus long et plus difficile de mettre en place les modèles de coordination que les modèles d'intégration complète ou des modèles portant strictement sur les aspects cliniques. Mais une fois implantés, ils auraient un pouvoir modificateur bien plus important. Pour ce faire, il importe de bien cibler les problèmes ou les populations visées.

Le fait que le modèle RSIPA repose sur une coordination à l'extérieur du milieu médical est un avantage, car la formation des médecins, leur mode de rémunération et leur façon de penser favorisent une approche moins adaptée au suivi des personnes ayant des maladies chroniques et des pertes d'autonomie.

L'implantation à l'échelle des systèmes

En principe, un système universel de santé avec financement centralisé est plus propice à la mise en place d'un modèle de coordination. De plus, la création des CSSS au Québec a permis une certaine intégration verticale, ce qui pourrait appuyer le développement de modèles de coordination efficaces. Néanmoins, le risque d'un surinvestissement dans les services de deuxième et troisième lignes demeure présent dans un tel contexte d'intégration et pourrait nuire à l'injection de ressources en première ligne nécessaires à l'implantation des modèles intégrés pour les personnes âgées.

Les aspects relatifs à la gouvernance centrale

La nécessité d'un engagement fort

Les experts ont tous mentionné qu'une réelle volonté politique est nécessaire pour faire bouger les institutions concernées. Dans cet ordre d'idées, toujours selon eux, les prochaines cohortes de personnes vieillissantes devraient être plus exigeantes par rapport aux services qui leur sont offerts, ce qui est perçu comme pouvant pousser les décideurs à s'attaquer aux problèmes de continuité et d'intégration des soins et des services de santé.

Un équilibre entre prescription et innovation

Du point de vue des experts, il faut être très clair sur les principes fondamentaux et les valeurs sous-jacentes au modèle pour éviter qu'il soit altéré en fonction des préférences individuelles ou des questions surgissant au moment de son opérationnalisation. L'enjeu ici est de conserver les caractéristiques qui sont associées à l'efficacité du modèle. À partir de ces grandes lignes, **il faut permettre les appropriations locales du modèle qui en respectent les fondements** et laisser place à des ajustements sur les caractéristiques qui sont moins fondamentales à l'efficacité du modèle. Toutefois, il y a souvent, au niveau central, des appréhensions de perdre le contrôle des processus décisionnels et de l'allocation des ressources, ce qui entraîne une prescription rigide du modèle (approche *top-down*); comme mentionné par certains experts, les autorités gouvernementales sont craintives face au risque d'échec. Selon eux, les systèmes fortement centralisés, comme celui de l'Angleterre, sont moins propices à l'innovation et ont tendance à appeler une approche *top-down* contrairement aux systèmes moins intégrés, tel que le système américain, qui favorisent l'entrepreneuriat social.

Nonobstant la prédominance de l'approche *top-down*, les experts ont souligné le fait que le contexte local est un déterminant majeur de l'implantation effective des modèles d'intégration des services, ce qui fait que l'approche *bottom-up*, la mise en application et l'adaptation du modèle par les partenaires locaux, est essentielle. Idéalement, il faudrait viser un juste milieu entre une approche prescriptive et une approche innovante dans la démarche. Il en revient donc au décideur central d'exposer de façon très claire quels sont

les buts et les objectifs visés, les problèmes à résoudre et les attentes spécifiques. Une législation devrait même préciser les principales dimensions et les paramètres de base du modèle de soins intégrés, en lien avec les lois existantes, les amendant si nécessaire. Le réseau local a par la suite la responsabilité, de concert avec les usagers et les dispensateurs de services, de proposer un système respectant les balises ainsi posées tout en conférant des caractéristiques locales au système.

Investir dans le changement

Les experts consultés ont été d'avis que **l'on sous-estime généralement les ressources à investir et le temps requis pour une implantation adéquate**. Il faut, en effet, souvent quelques années avant que le personnel adhère au modèle proposé, s'entende sur les protocoles et les plans de service, etc. Plutôt que de tenter d'implanter toutes les composantes du modèle de façon simultanée, **il serait avantageux d'y aller de façon progressive et, en fonction de l'expérience acquise, de procéder aux ajustements nécessaires**, comme ce fut le cas au Wisconsin. Cet État est reconnu comme un chef de file dans l'intégration des services de soins de longue durée. Il a graduellement implanté le programme PACE à l'ensemble de son territoire en se basant sur les apprentissages de chaque expérience.

L'appropriation au niveau local

Bien encadrer le changement

Les experts considèrent **qu'il faut implanter les réseaux intégrés au niveau local en débutant avec des éléments moins complexes à mettre en place mais qui engagent l'ensemble des partenaires, comme le partage de processus**. Il faut aussi impliquer les partenaires au fur et à mesure sans brûler les étapes et avoir de bons outils de suivi.

Ils estiment que **le personnel responsable de la mise en œuvre doit avoir une idée très claire de l'étendue de ses responsabilités et du degré d'autonomie dont il dispose** pour résoudre les problèmes au niveau local, dans la mesure où le cadre général du modèle d'intégration est respecté. Les décisions prises doivent faire l'objet d'un monitoring étroit dans une perspective formative.

La mise en place d'un modèle de coordination requiert une approche de travail différente auprès des patients et avec les autres professionnels impliqués : un cadre de travail en équipe, ce qui est en soi un défi majeur. Nos

interlocuteurs ont tenu à souligner le fait que souvent les professionnels ne comprennent les implications reliées au changement demandé que lorsqu'ils sont confrontés au quotidien aux nouvelles façons de faire. Il est alors important de maintenir le dialogue et de rappeler les buts poursuivis et les moyens disponibles.

Toujours selon nos répondants, l'insistance à mettre en place un modèle spécifique a pour conséquence de donner l'impression aux acteurs locaux que les services qu'ils offraient auparavant étaient sans valeur. L'inertie des systèmes exige de bien communiquer les raisons du changement demandé et de renforcer ce message. Il faut aussi tenir compte du fait que certaines organisations sont davantage portées à prendre des risques, ont une approche plus entrepreneuriale que d'autres plus résistantes au changement. Il y a de toute façon une tendance à considérer que la situation au niveau local est particulière et qu'il est difficile de souscrire à un modèle imposé d'en-haut.

Le défi de la concertation

La concertation est la composante la plus difficile à implanter, mais aussi celle qui est le centre, le cœur du modèle. On parle ici d'une réelle concertation qui amène les partenaires à prendre des décisions collectivement et à les appliquer. **Il doit y avoir des incitatifs pour changer les pratiques habituelles et mettre en place une réelle concertation**, car autrement les organisations ont tendance à se centrer sur leurs propres objectifs plutôt que ceux des partenaires en concertation.

Une fois la concertation bien établie, il faut que les processus d'évaluation des besoins soient partagés, qu'il y ait la mise en place d'outils d'information et de communication communs, puis le partage de moyens, ce qui permet alors de mettre en place la fonction de gestion de cas. Cette dernière composante ne doit être implantée que lorsque l'intégration est suffisamment avancée. Le partage de l'information est absolument essentiel, particulièrement sous la forme de dossiers patients informatisés. Selon un des experts, l'informatisation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle est une étape dans cette direction et d'autres provinces emboîtent le pas à cet égard. Toutefois, l'inter communicabilité des systèmes d'information demeure problématique.

L'exemple du Danemark

Des dossiers médicaux informatisés ont été implantés pour l'ensemble de la population et accessibles aux différentes organisations de santé (hôpitaux, cliniques de première ligne et pharmacies) (Harrell, 2009). Cela a un impact à la fois sur le travail des professionnels et pour les patients. Au niveau des professionnels, ils ont accès en temps réel à l'information médicale et l'historique de soins du patient. Cette accessibilité évite de refaire passer des tests inutilement au patient, il y a donc une économie de temps et de ressources dans l'ensemble du système de soins. Pour les patients, cela favorise la cohérence et ils n'ont pas à toujours répéter quelle est leur situation.

Accompagner et soutenir le changement

Dans la planification de la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés, **il est fortement recommandé par certains experts de mettre en place un comité de pilotage dédié à la résolution de problèmes d'implantation au fur et à mesure qu'ils apparaissent. Il doit aussi y avoir un *champion* qui a autorité autant sur les aspects de politiques, de budget ou au plan opérationnel, et qui suit le déroulement des choses de façon quotidienne.** Cette personne doit bénéficier d'un appui clair et ferme des niveaux politiques et administratifs supérieurs. Elle se consacre à temps plein à la mise en œuvre, développe l'interdépendance nécessaire à l'intégration et assure qu'il ait un bon niveau de compréhension de ce qui est attendu de la part des divers acteurs impliqués. **Les projets connaissant le plus de succès sont ceux pour lesquels on observait un *leadership* de qualité et soutenu dans le temps.** Une formation en ce sens est offerte par le King's Fund en Angleterre⁴.

Tenir compte des cultures professionnelles

Ce *leadership* fort est d'autant plus nécessaire que les différences de culture entre les multiples partenaires peuvent être un obstacle. L'intégration des services sociaux et de santé exige une intégration culturelle, le développement d'une vision commune. La fragmentation du social et du sanitaire, comme c'est le cas en France, est une pierre d'achoppement. Mais même au Québec, le monde social et le monde sanitaire se considèrent comme irréconciliables. Une partie du problème découle

de la vision même de la manière de traiter les problèmes. Le sanitaire essaie de décomposer les choses complexes en éléments très simples pour essayer de les régler les uns après les autres, alors que le monde social refuse d'emblée toute simplification et veut traiter les choses dans leur globalité. Pourtant, toujours certains les répondants, les deux sont non seulement conciliables, mais en plus, complémentaires. Il y a une tendance à penser que les services médicaux ou de santé sont les plus importants pour maintenir à domicile les personnes âgées. Les experts interrogés ne sont pas nécessairement de cet avis. Les problèmes sociaux peuvent avoir un impact sur la santé de ces personnes, comme l'ont démontré les projets *On Lok* aux États-Unis et *CHOICE*⁵ en Alberta.

Engager le milieu hospitalier

Si les relations entre tous les partenaires concernés sont déterminantes, **le rôle de l'hôpital est majeur puisqu'on y retrouve une proportion importante des patients présentant des besoins complexes.** Dans les systèmes de santé où le financement des hôpitaux repose sur le volume d'admission, cet élément peut être un frein à une pleine collaboration. La mise en place d'un réseau de services intégrés peut même être perçue comme une menace.

Une autre difficulté a trait à la coordination et aux incitatifs pour que les services post-hospitaliers, au terme d'un épisode aigu, soient facilement accessibles. Le Danemark est encore cité en exemple. Si les établissements responsables d'offrir ces services ne peuvent les rendre disponibles au moment du congé, ils sont financièrement imputables auprès de l'hôpital. Par conséquent, ils doivent rembourser les frais reliés à la prolongation du séjour du patient à l'hôpital. C'est un incitatif puissant pour obliger ces établissements à se coordonner.

Le défi du monde urbain

L'effort de coordination est plus élevé dans les grands milieux urbains étant donné le nombre de partenaires impliqués et la présence d'hôpitaux universitaires, qui ont tendance à prendre des décisions par eux-mêmes et pour eux-mêmes. Il y a aussi les caractéristiques des communautés culturelles, plus nombreuses dans ces milieux, qui ajoutent à la complexité du défi. S'il est peut-être plus facile de mettre en place un tel réseau en milieu rural, du fait de la proximité des acteurs concernés, d'autres problèmes se posent, en particulier le

⁴ <http://www.kingsfund.org.uk/leadership/leadership-development-individuals>.

⁵ Voir le lexique à la fin du document.

recrutement des ressources humaines : les professionnels qualifiés sont moins nombreux en région rurale ou éloignée.

Engager le milieu médical

Outre les acteurs des établissements avec lesquels il faut se coordonner, les médecins jouent aussi un rôle capital et détiennent une certaine autonomie d'action dont il faut tenir compte. L'implication des médecins de famille est problématique un peu partout. **Les experts recommandent que les médecins soient interpellés très tôt dans le processus et en tenant compte de leurs propres contraintes.** Si la première ligne médicale est absente, la mise en place des réformes proposées est vouée à l'échec.

Les experts attirent l'attention sur le fait que les médecins de famille saisissent souvent mal la complexité des maladies chroniques et la gestion de crise qu'elles supposent; ils souscrivent encore à l'ancien modèle où ils règlent un problème à la fois. Le programme *PACE* avait contourné ce problème en embauchant ses propres médecins qui pouvaient ainsi consacrer tout le temps requis aux personnes dans le besoin. Une version canadienne de *PACE*, le projet *CHOICE*, n'a jamais à proprement parlé été évalué, quoique son financement à long terme semble suggérer qu'il produirait les effets escomptés.

En Colombie-Britannique, des incitatifs financiers ont été introduits pour favoriser la collaboration des médecins : ainsi, certains codes d'actes pour les médecins qui participent à la gestion de cas ont été proposés. Par ailleurs, des activités de formation continue reconnues par les autorités médicales peuvent aussi faciliter l'adhésion. À Singapour, une formation sur les services intégrés fait maintenant partie du programme d'enseignement en médecine de famille. L'on reconnaît l'importance de soutenir les médecins par rapport à leurs patients présentant des problématiques plus complexes pour les inciter à collaborer. Le message qu'on leur donne doit être simple. Pour cela, il faut faire en sorte que les mécanismes mis en place leur simplifient la vie et s'assurer d'une bonne rétroaction. Un de ces mécanismes est l'introduction du gestionnaire de cas.

Le cas particulier de la gestion de cas

Le gestionnaire de cas au cœur de la solution

Le gestionnaire de cas est un professionnel de la santé qui assure la coordination des soins et services afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Il fait le lien avec les différents intervenants impliqués dans le bien-être d'une personne. Afin d'assurer la continuité des services et l'adhésion des médecins, **il est important d'assigner un gestionnaire de cas à un groupe de médecins particulier, d'organiser des rencontres préparatoires et d'établir des canaux de communication et des liens.** Les experts ont d'ailleurs souligné le fait que le meilleur prédicteur de satisfaction des médecins impliqués dans un tel modèle est le fait de connaître le nom du gestionnaire de cas. Il s'agit d'un intermédiaire essentiel entre le patient et le médecin. Le sentiment d'être utile et d'avoir des pouvoirs plus étendus est aussi très satisfaisant au plan professionnel pour le gestionnaire de cas.

Les experts ont affirmé que l'identification des professionnels les mieux en mesure de jouer le rôle de gestionnaire de cas et la mise en place de mécanismes permettant d'assurer la qualité de la gestion de cas sont très importants. D'ailleurs, le nombre de dossiers d'un gestionnaire de cas n'est probablement pas la bonne façon d'évaluer son activité.

L'importance de la formation

Selon les experts, il est absolument essentiel qu'une formation de bon niveau soit offerte aux personnes candidates à cette fonction. La nature de celle-ci est différente de celle d'infirmière ou de travailleur social, qui font aussi de la coordination, mais plus souvent liée à des situations particulières ou spécifiques et de manière moins intensive. C'est peut-être pour cette raison que les gestionnaires de cas ont toujours plus de mal à faire reconnaître la spécificité de leur rôle avec les professionnels qui sont issus du même champ professionnel qu'eux.

La gestion de cas et la coordination

Nous avons déjà rapporté que la mise en place d'une concertation et d'un système d'information clinique partagé entre les établissements de santé et services sociaux sont des mécanismes qui doivent exister pour être en mesure d'implanter efficacement la fonction de gestion de cas. Certains experts ont tenu à spécifier que **l'imputabilité des gestionnaires de cas doit aussi être précisée. Ils ne doivent pas rendre de compte qu'à un seul partenaire.** Les retours d'information doivent être partagés par l'ensemble du réseau. Par ailleurs, **il ne doit pas être simplement un gestionnaire de l'aide organisationnelle ou institutionnelle possible, mais aussi gérer l'aide informelle.** Le plan de services individualisé ne se conçoit réellement que dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de l'aide informelle qui est donnée aux personnes.

Par ailleurs, les experts précisent que **la gestion de cas ne devrait pas être confinée aux soins à domicile.** Quand la personne est admise en établissement de soins de longue durée, elle peut encore bénéficier de la gestion de cas : pour s'assurer d'une évaluation objective des besoins, pour avoir une présence rassurante facilitant les transitions, par exemple lors d'hospitalisations, et pour faire valoir son point de vue auprès de l'établissement.

Pour que la gestion de cas soit efficace, il faut s'assurer que de bons mécanismes de liaison avec les autres composantes du système de soins sont établis et ils doivent faire partie de l'évaluation du fonctionnement du modèle d'intégration. À cet égard, les fonctions de « passeurs de frontières⁶ » (*boundary spanners*) que jouent en particulier les gestionnaires de cas sont essentielles.

Un modèle comme celui du RSIPA permet au gestionnaire de cas d'opérer une forme de triage. Ainsi, si une personne requiert de façon urgente un certain service, elle aura priorité sur une autre étant déjà sur la liste d'attente. Le gestionnaire de cas plus sensible aux aspects préventifs et qui aurait souhaité que des services soient dispensés avant une perte d'autonomie trop grande aura parfois l'impression que son point de vue est négligé.

⁶ Un passeur de frontières se définit comme un acteur dont les principales responsabilités professionnelles l'amènent à s'impliquer au niveau inter-organisationnel et inter-sectoriel (Williams, 2010).

Les incitatifs financiers

Les experts rappellent que **les incitatifs financiers sont des leviers de changement puissants**, bien que les ressources ne soient pas infinies. Si les autorités devaient y recourir, **les experts suggèrent qu'ils soient affectés à des buts précis et de façon temporaire** (durant la première ou la deuxième année de mise en œuvre, ou de façon décroissante sur une plus longue période). Les incitatifs financiers peuvent soutenir les étapes d'apprentissage aux plans du management, de la gestion de cas ou de l'adhésion de divers intervenants au modèle d'intégration à implanter.

Selon un des experts questionnés, un système d'assurance autonomie universel⁷, comme l'envisage le gouvernement du Québec, faciliterait la mise en place d'un tel modèle de coordination des services.

Le suivi de l'implantation

Des systèmes d'information de bonne qualité sont essentiels afin de monitorer les activités. Idéalement, le système devrait déjà être en place dès l'implantation du modèle, mais un système plus rudimentaire pour cette phase peut aussi fournir l'information requise. Au-delà des évaluations de processus et de résultats, une analyse du modèle logique et une analyse de l'implantation sont aussi importantes. Les projets d'intégration sont évalués trop rapidement en ce qui a trait à leur efficacité, avant que les changements souhaités aient véritablement été mis en place.

Outre des évaluations de type académique, **il est aussi utile d'avoir ce qu'on peut appeler un « modèle de recherche-action avec rétroaction rapide » (*Rapid Response Action Research Model*) basé sur des données administratives et des sondages, ce qui permet de déceler rapidement ce qui va bien, ce qui va mal et ce qu'il faut corriger.** Certains experts proposent aussi de mettre en place un observatoire (*clearing house*) où serait regroupé l'ensemble des résultats de cette nature issus des différents territoires.

⁷ « Financement public distinct pour [les soins de longue durée] sur la base d'une assurance universelle couvrant tant les soins à domicile qu'en institution » (Hébert, 2012).

Conclusion

Au terme de ce résumé des principales observations partagées par les experts consultés en lien avec leur appréciation du modèle RSIPA, les aspects de gouverne, l'appropriation par les acteurs locaux, la gestion de cas, les incitatifs financiers et des mécanismes de suivi à mettre en place, **cinq messages clés émergent** :

- 1) L'implantation doit reposer sur un équilibre entre la rigidité de l'application de certains aspects du modèle, pour assurer son efficacité, et la flexibilité sur d'autres composantes, pour faire en sorte qu'il tienne compte des caractéristiques du contexte local. La présence d'un champion local est un atout pour le maintien de cet équilibre et l'implantation réussie d'un RSIPA.
- 2) Règle générale, on sous-estime le temps requis pour implanter chacune des composantes d'un RSIPA. Dans la stratégie de mise en œuvre, la gestion de cas devrait être introduite après que des mécanismes de concertation aient été bien développés.
- 3) Les médecins sont des acteurs importants dans un RSIPA et des moyens doivent être utilisés pour les impliquer dès le départ.
- 4) La présence d'un système d'information clinique informatisé est essentielle pour le partage de données, soutenir les intervenants et contribuer à une meilleure continuité des soins.
- 5) Un suivi assidu et une évaluation de l'implantation, en temps opportun, sont nécessaires, ainsi qu'un accompagnement et un programme de formation des acteurs, en particulier les gestionnaires de cas, aspects trop souvent sous-estimés.

Un exemple de réussite

L'exemple de Torbay en Angleterre est très riche d'enseignement même si, à l'heure actuelle, il est en reconfiguration – le King's Fund en a fait une très belle étude de cas⁸. Torbay est un petit comté en Angleterre qui est composé de trois grandes villes : Torquay, Paignton et Brixham. Il compte une plus forte proportion de personnes âgées que le reste du pays. Depuis 2002-2003, les différents changements organisationnels ont été perçus comme des opportunités de modifier le système de santé afin d'assurer une meilleure collaboration entre les acteurs de première et deuxième lignes. D'autres évaluations en cours, impliquant toujours le King's Fund et l'Université de Toronto, portant sur différentes expériences un peu partout dans le monde, pourront aussi être instructives. Certains travaux portant sur le projet *PACE* pourraient aussi servir d'inspiration.

⁸ <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/integrating-health-social-care-torbay-case-study-kings-fund-march-2011.pdf>.

Les experts

Au Canada, Marcus Hollander et Margaret MacAdam ont participé à l'enquête.

Marcus Hollander est président fondateur d'une firme conseil en Colombie-Britannique spécialisée dans les enjeux liés à la structure, l'organisation, la gestion, la prestation et le financement des services sociaux et de santé. Il possède plus d'une trentaine d'années d'expérience en recherche, évaluation et administration des services de santé.

Margaret MacAdam est professeure agrégée à la Faculté de travail social de l'Université de Toronto et présidente de *The Age Advantage, Inc.* Ses intérêts en recherche se concentrent essentiellement sur des enjeux qui influencent les politiques publiques et l'organisation des services gérontologiques.

Sur la scène internationale, quatre autres experts ont été consultés : Walter Leutz et Dennis Kodner des États-Unis, Elizabeth Ozanne de l'Australie et Dominique Somme de la France.

Walter Leutz est professeur agrégé au Schneider Institute for Health Policy de l'Université Brandeis (Heller School for Social Policy and Management). Il a publié deux articles séminaux sur l'intégration des services (1999 et 2005).

Dennis Kodner est membre invité du King's Fund en Angleterre et professeur associé à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Il a auparavant enseigné au New York College of Osteopathic Medicine du New York Institute of Technology et au Hunter College de la City University of New York après avoir occupé des fonctions de direction dans divers établissements de santé dont celui de président-directeur général du *Elderplan S/HMO Pilot*.

Elizabeth Ozanne est professeure agrégée au Département du travail social à la Faculté des sciences de la santé de l'Université de Melbourne. Elle a largement publié sur les soins à la personne âgée et communautaires en Australie et à l'international. Ses recherches actuelles se concentrent sur l'analyse comparative des systèmes de soins de longue durée.

Dominique Somme est gériatre et professeur à l'Université de Rennes. Il a été le chercheur principal du projet pilote de PRISMA en France 2006-2010.

Lexique

The King's Fund : est un organisme caritatif indépendant travaillant pour l'amélioration de la santé et des soins de santé en Angleterre. Grâce à ses activités de recherche et d'analyse, il influence les politiques et les pratiques relatives au système de santé. [<http://www.kingsfund.org.uk/>]

On Lok : est une organisation à but non lucratif fondée dans les années 70 par des citoyens concernés par le manque d'options à long terme pour bien vieillir dans la communauté. Le but de On Lok est de développer des modèles de soins de santé pour le bien-être et la dignité des personnes âgées et atteintes de maladies chroniques par le biais de la promotion, l'innovation dans les services et le financement, tout en préconisant des soins de qualité et abordables.

PACE (*Program of All-inclusive Care for the Elderly*) : est un programme américain d'intégration des soins et services à long terme pour les personnes âgées, créé par On Lok. Pour y être éligible, les personnes doivent être inscrites aux programmes *Medicare* et *Medicaid*. Pour la plupart des participants au programme, la formule globale des services possibles leur permet de recevoir des soins à domicile au lieu de devoir intégrer une maison de retraite.

CHOICE (*Comprehensive Home Option for Integrated Care of the Elderly*) : est un programme canadien (Alberta) de coordination des soins de santé qui a pour mission de favoriser la bonne santé chez les personnes âgées et de leur permettre de rester à la maison plus longtemps.

Références

Harrell E (2009). In Denmark's Electronic Health Records Program, a Lesson for the U.S. *Time Health & Family*, 16 avril. En ligne : <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1891209,00.html#ixzz2RPiP2GMC> (consulté le 22 avril 2013).

Hébert R, Durand PJ, Dubuc N et Tourigny A (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3(18): 1-8.

Hébert R (2012). L'assurance autonomie : Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *La Revue canadienne du vieillissement*, 31(1): 1-11.

Leutz W (2005). Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5): 3-12.

Leutz W (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110, iv-v.

Williams, P (2010). Special Agents: The Nature and Role of Boundary Spanners. En ligne : <http://www.download.bham.ac.uk/govsoc/pdfs/special-agents-paper.pdf> (consulté le 22 avril 2013).

Références des experts

Hollander MJ et Prince MJ (2007). Organizing Healthcare Delivery Systems for Persons with Ongoing Care Needs and Their Families: A Best Practices Framework. *Healthcare Quarterly*, 11(1): 42-52.

Kodner DL (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & Social Care in the Community*, 14(5):384-90.

Leutz W et Capitman J (2007). Met Needs, Unmet Needs, and Satisfaction Among Social HMO Members. *Journal of Aging & Social Policy*, 19(1):1-19.

Ozanne, E (2009). *The Interorganisational Context of Case Management Practice*. Case Management for Community Practice. Oxford University Press. 226-247.

Somme D et de Stampa M (2011). Ten years of integrated care for the older in France. *International Journal of Integrated Care*, 11(Spec 10th Anniversary Ed), 1-7.

MacAdam M (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Ottawa, Ontario: Canadian Policy Research Network.

Le projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre du programme *Des preuves à volonté* lequel vise à soutenir la collaboration entre les chercheurs associés au projet et les décideurs concernés par le thème de la synthèse.

Annexe 1 – Grille d’entrevue

Objectifs	Questions
Questions d’introduction	• Quelle est votre connaissance ou votre compréhension du modèle PRISMA ou, plus généralement, des modèles de coordination de services intégrés? • Que pensez-vous de ce(s) type(s) de modèle(s)? Quelle est votre opinion sur ce modèle par rapport à un modèle d’intégration complète ou de liaison en ce qui concerne les services aux personnes âgées? • A votre avis, pourquoi la mise en œuvre des soins intégrés constitue-t-elle un pareil défi?
Évaluer l’impact des composantes du modèle sur sa mise en œuvre	• Selon vous, quelle est la caractéristique fondamentale du modèle de coordination qui peut soutenir sa pleine mise en œuvre? • Est-ce que toutes les composantes du modèle peuvent être mises en place aussi facilement? • Quels mécanismes de coordination sont plus favorables à une implantation réussie? • Comment développer des liens efficaces avec les différents partenaires du système de santé, en particulier avec les unités de gériatrie et les soins communautaires? • Quels sont les éléments critiques dans la mise en œuvre de la gestion de cas? • Quels devraient être les liens entre le guichet unique d’accès et les autres mécanismes d’accès? • Comment amener tous les partenaires et les services à utiliser des outils partagés d’évaluation et des plans de services individualisés? • Comment favoriser la mise en œuvre du dossier clinique informatisé?
Évaluer les éléments de contexte relatifs à la réussite de la mise en œuvre du modèle	• Qu’est-ce qui peut être fait aux niveaux national, régional et local pour soutenir la mise en œuvre de soins intégrés? • Au niveau organisationnel, quelles sont les principales caractéristiques structurelles à considérer? • Quels sont les facteurs sociaux et culturels à tenir compte? • Y a-t-il des aspects législatifs à considérer?
Évaluer les éléments opérationnels relatifs à la réussite de la mise en œuvre du modèle	• Que connaissons-nous sur la meilleure façon de soutenir la mise en œuvre de ces modèles d’intégration? • Quel type de formation devrait être offert et à qui? • Quels sont les outils ou les systèmes de soutien essentiels? • Y a-t-il des incitatifs financiers à mettre de l’avant?
Évaluer le rôle de tous les acteurs concernés	• Quelles devraient être les attentes face aux acteurs suivants? Comment faire pour les rendre plus favorables à la mise en œuvre et accroître leur engagement? - directeurs de services - médecins généralistes - gestionnaires de cas - autres professionnels - patients et aidants - intervenants d’organismes communautaires
Question finale	• Avez-vous connaissance de certaines expériences/évaluations qui pourraient être pertinentes dans le cadre de notre synthèse des connaissances?



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

